

WNIOSEK O OTWARCIE RACHUNKU BANKOWEGO I USŁUG DODATKOWYCH DO RACHUNKU

RODZAJ RACHUNKU * (W PLN)											
☐ RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWY -ROR					☐ RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWY - MŁODZIEŻ						
☐ RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWY -JUNIOR					☐ RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWY –OK Bis						
INFORMACJA O WNIOSKODAWCY											
IMIĘ/IMIONA											
NAZWISKO						NAZWISKO RODOWE					
PESEL						DATA URODZENIA					
MIEJSCE I KRAJ URODZENIA						OBYWATELSTWO					
IMIĘ OJCA											
IMIĘ MATKI						NAZWISKO RODOWE MATKI					
DOKUMENT TOŻSAMOŚCI *											
Dowód osobisty		☐	Paszport		☐	Karta stałego pobytu		☐	Legitymacja szkolna	☐	
Seria				Numer				Wydany przez			
Data wydania								Data ważności			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA											
ULICA, NR DOMU											
KOD				POCZTA							
MIEJSCOWOŚĆ						KRAJ (jeżeli inny niż Polska)					
ADRES KORESPONDENCYJNY na terenie Polski (jeżeli inny niż adres zamieszkania)											
ULICA, NR DOMU											
KOD				POCZTA							
MIEJSCOWOŚĆ						KRAJ (jeżeli inny niż Polska)					
DODATKOWE PRODUKTY LUB USŁUGI BANKOWE, Z KTÓRYCH POSIADACZ RACHUNKU BĘDZIE KORZYSTAŁ*											
☐ KARTA PŁATNICZA: ☐ VISA; ☐ MASTERCARD: ☐ DYSPOZYCJA TELEFONICZNEJ USŁUGI NA HASŁO ☐ DOSTĘP DO SYSTEMU BANKOWOŚCI ELEKTRONICZNEJ EBO ☐ DYSPOZYCJA WKŁADEM NA WYPADEK ŚMIERCI ☐ UDOSTĘPNIENIE USŁUGI SMS-OWEGO SERWISU INFORMACYJNEGO											
POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE KARTY DEBETOWEJ											
1. Limity transakcyjne dotyczące karty debetowej:											
Limity transakcyjne					Kwota limitu						
Dzienny limit transakcji gotówkowych											

*/ zaznaczyć właściwe

Dzienny limit transakcji bezgotówkowych	
Dzienny limit transakcji internetowych	

2. Dane personalne (imię i nazwisko) do umieszczenia na wydawanej karcie (max. 26 znaków razem ze spacjami):

--

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE BANKOWOŚCI ELEKTRONICZNEJ I MOBILNEJ

3. Limity transakcyjne dotyczące bankowości mobilnej:

Limity transakcyjne	Kwota limitu
Jednorazowy limit transakcji	
Dzienny limit transakcji	
Miesięczny limit transakcji	

INFORMACJE KONTAKTOWE					
TELEFON KOMÓRKOWY				TELEFON 2	
E-MAIL				HASŁO SZYFRUJĄCE	
KANAŁ KOMUNIKACJI STRON			e-mail		Krajowy adres korespondencyjny
				W formie elektronicznej za pośrednictwem systemu bankowości internetowej	

data	Podpis/y Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIA **

Wnioskodawca oświadcza, że

- 1) jestem świadomy/ma konieczności powiadomienia Banku Spółdzielczego w Pawłowicach o każdej zmianie w zakresie: danych osobowych, danych kontaktowych, adresu zamieszkania jak również adresu do korespondencji
- 2) będzie / nie będzie wpływać renta lub emerytura z zagranicy na rachunek w Banku Spółdzielczym w Pawłowicach***;
- 3) zostałem poinformowany o możliwości wydania przez niego do jego indywidualnych rachunków dyspozycji wkładem na wypadek śmierci oraz o treści art. 56 ustawy – Prawo bankowe, tj. o: dopuszczalnej wysokości zadysponowanej kwoty, rodzaju rachunków, do których możliwe jest złożenie dyspozycji (tj. rachunki oszczędnościowe, rachunki oszczędnościowo-rozliczeniowe, rachunki terminowej lokaty oszczędnościowej), o skutku złożenia dyspozycji (wypłata przez Bank określonej kwoty osobie/osobom wskazanym w dyspozycji), jak również o tym, że zadysponowana kwota nie wchodzi do spadku po osobie składającej dyspozycję oraz o tym, że osobą/ osobami wskazaną/ wskazanymi w dyspozycji (zapisobiercą/ zapisobiercami) mogą być: małżonek, wstępni, zstępni lub rodzeństwo;
- 4) wystąpiłem /nie wystąpiłem z wnioskiem o ogłoszenie upadłości konsumenckiej**;
- 5) zostałem poinformowany o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych przez Bank oraz o tym, że może z tymi informacjami zapoznać się w każdym czasie na stronie: www.bspawlowice.pl/rodo
- 6) zostałem poinformowany, o możliwości przekazania danych osobowych przez Bank do Związku Banków Polskich (dalej „ZBP”) z siedzibą w Warszawie, ul. Leona Kruczkowskiego 8, 00-380 Warszawa w związku z usługą weryfikacji danych osobowych w rejestrach RDP i RZNP, zapoznał się z zasadami przetwarzania danych przez ZBP w tym zakresie i otrzymał informację, że z treścią klauzuli informacyjnej ZBP w zakresie usługi weryfikacji RDP i RZNP może zapoznać się w każdym czasie na stronie: www.bspawlowice.pl/rodo
- 7) Nie toczy się/ toczy się wobec mnie postępowanie egzekucyjne w sprawie**;
- 8) Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i zostały podane przeze mnie dobrowolnie.
- 9) Oświadczam, że znam i akceptuję zapisy Regulaminu otwierania i prowadzeni rachunków bankowych dla osób fizycznych.

data	Podpis/y Wnioskodawcy

WYPEŁNIA PRACOWNIK BANKU	
DATA PRZYJĘCIA WNIOSKU	
DOKUMENTY PRZYJĘTE Z WNIOSKIEM	☐ Formularz klienta indywidualnego ☐ Oświadczenie PEP ☐ Oświadczenie Euro-Fatca ☐ Inne:
	Potwierdzam sprawdzenie tożsamości osoby podpisującej wniosek oraz potwierdzam sprawdzenie dokumentu tożsamości wnioskodawcy w bazie CBD-DZ
	(pieczęć funkcyjna i podpis pracownika Banku)

DECYZJA BANKU SPÓŁDZIELCZEGO W SPRAWIE OTWARCIA/ODMOWY OTWARCIA RACHUNKU	
OTWORZYĆ/NIE OTWIERAĆ * RACHUNEK/KU *** W ZŁOTYCH	
data	(pieczęć Banku i podpisy osób upoważnionych)

*/ zaznaczyć właściwe

**/ niepotrzebne skreślić

***/- w przypadku zaznaczenia, że na rachunek bankowy będzie wpływać emerytura lub renta z zagranicy należy przekazać Klientowi do wypełnienia Formularz Klienta, stanowiący Załącznik do Instrukcji pobierania zaliczki na podatek dochodowy oraz składki zdrowotnej od rent i emerytur zagranicznych w Banku Spółdzielczym w Pawłowicach, ponieważ Bank jest zobowiązany przepisami prawa do pobierania zaliczki na podatek dochodowy i składki na ubezpieczenie zdrowotne od rent i emerytur z zagranicy wypłacanych Klientom za jego pośrednictwem. Bank dokona klasyfikacji podatkowej i ubezpieczeniowej świadczenia i jeżeli będzie to wymagane, będzie pobierać należną zaliczkę na podatek dochodowy oraz składkę na ubezpieczenie zdrowotne.